

전남 남성 난임 치료 시술비 지원 신청서

일련번호 20 - 호

신청인 (난임 부부 중 남성)	성명	주민등록번호 또는 외국인등록번호
	주소	
	전화번호	E-mail

배우자	성명	주민등록번호 또는 외국인등록번호
	주소	
	전화번호	E-mail

시술 종류 및 차수	시술 종류(중복 지원 불가, 택1) <input type="checkbox"/> 고환조직 정자 채취술 <input type="checkbox"/> 정계정맥류절제술	시술 회차
------------	--	-------

전라남도 남성 난임 치료 시술비 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

여주시 보건소장 귀하

첨부서류	1. 신분증 지참 2. 개인정보 수집·이용·제공동의서 1부. 3. 정부지정 난임시술 의료기관에서 발급한 남성 요인 난임 진단서 1부(최초 신청시에만 제출). 4. 신청인의 주민등록등본(최근 30일 이내) 1부. 5. 등본상 6개월 이상 거주기간 확인 불가시 신청인 초본 1부 추가 제출(주소변동이력 최근 1년 포함). 6. 등본상 부부임을 증명할 수 없을 때 가족(또는 혼인)관계증명서 1부 추가 제출. 7. 사실혼의 경우 아래 서류 추가 제출 ① 사실혼 관계 당사자 시술동의서 1부. ② 주민등록등본 및 가족관계등록부(상세) 당사자별 각 1부. ③ 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부. * 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서를 제출
------	--

- ※ 유의사항 : 1) 허위 기재 시 지원대상에서 제외되며, 지급된 지원 비용은 환수 조치됩니다.
 2) 지원 시술결과(출생아 포함)에 대해 보건소에서 확인 질문이 있을 경우 성실히 응답하여야 합니다.
 3) 시술관련 개인정보를 통계 등 지원정책과 관련해서만 활용할 것임을 알려 드립니다.
 4) 첨부서류 4~6의 경우, 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우에는 제출을 생략할 수 있습니다.